

SISTEMA EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADÍSTICOS DE LAS DEFUNCIONES

ANEXO 8

SECRETARÍA DE SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA
FORMATO DE RATIFICACIÓN O RECTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN POR
PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



1.-DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Folio del certificado de defunción: 170640334

Nombre del fallecido:	JUAN ANTONIO	ZAVALA	GALAVIZ					
Nombre (s)		Apellido paterno	Apellido materno					
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input checked="" type="checkbox"/> Femenino	Institución de Derechohabiencia: <u>I.M.S.S.</u>					
Edad:	<u> </u> Horas	<u> </u> Días	<u> </u> Meses	<u>4</u> Años	Desconocido: <u>CALLE FUNDADORES 180 SDGS</u>			
Lugar de residencia habitual:	SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ			Municipio	SAN LUIS POTOSI Entidad			
Fecha de defunción:	<u>2</u> Día	<u>8</u> Mes	<u>0</u> 	<u>2</u> 	<u>0</u> 	<u>1</u> 	<u>7</u> 	Oficialía: <u> </u>
Certificada por:	Médico Tratante <input type="checkbox"/>	Otro médico <input checked="" type="checkbox"/>	Médico legista <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>			
Nombre del certificador:	<u>DRA IBETH GALVAN ORELLANA</u>							

2.-CAUSAS DE DEFUNCIÓN

	Causas	Intervalo	Código CIE-10	Código CIE-10 de la Causa
I a)	INSUFICIENCIA VENOSA REFRACTARIA	5 DIAS		
b)	NEUMONIA ATIPICA	1 SEMANA		
c)				
d)				
II				

Causa sujeta a vigilancia epidemiológica: NEUMONIA ATIPICA Código CIE-10:

3.-RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA

La causa sujeta a vigilancia epidemiológica NEUMONIA ATIPICA Ratifica Rectifica

	Causas después de la investigación	Intervalo	Código CIE-10	Código CIE-10 de la Causa Básica
I a)	NEUMONIA ATIPICA POR INFLUENZA AH1N1	7 DIAS		
b)				
c)				
d)				
II				

Fecha de recolección: 1|3|0|3|1|7 Inicio de estudio: 1|3|0|3|1|7

Fecha de conclusión: 1|3|0|3|1|7 Reporte a INEGI/SS:

Observaciones: _____

Nombre del responsable de la investigación: DRA CELIA PEREZ GARCIA

Cargo: EPIDEMIOLOGA Firma: _____

4.-DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)

Tipo de documento: <u> </u>	Núm. De paquete: <u> </u>	Núm. Acta: <u> </u>	Folio de captura: <u> </u>
Nombre del codificador: <u> </u>			
Nombre (s)		Apellido paterno	Apellido materno
Firma			

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/ MF No. 1

RESUMEN CLINICO

PACIENTE: ZAVALA GALAVIZ JUAN ANTONIO

EDAD: 42 A UMF ADSCRIPCION: 45

FOLIO CERTIFICADO: 170640334

FECHA DEFUNCION: 28/02/2017

NSS: 4199821219

SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO DE 42, INGRESA CON EL DIAGNOSTICO DE NEUMONIA POR INFLUENZA, INICIO SU PADECIMIENTO ACTUAL EL 20 DE FEBRERO CON TOS, PRODUCTIVA, RINORREA HIALINA, FIEBRE NRT, CONGESTION NASAL, ACUDE CON MEDICO PARTICULAR QUIEN INDICA ANTIBIOTICOS NO ESPECIFICANDO SIN MEJORIA. ACUDE CON OTRO MEDICO PARTICULAR CON TRATAMIENTO A BASE DE INYECCIONES NO ESPECIFICANDO, TAMBIEN SIN MEJORIA. SE AGREGA DISNEA MOTIVO POR LO QUE ACUDE A IMSS. A SU INGRESO CON SIGNOS VITALES 110/70, FC 117x", T37o, FR 36x", SATURACION O2 54%, ORIENTADO COOPERADOR, ALERTA, DISNEA DE MINIMO ESFUERZO.PALIDEZ DE TEGUMENTOS.EF NEUROLOGICAMENTE INTEGRITO, LIGERA PALIDEZ DE TEGUMENTOS, TOLERA VO, CAMPOS PULMONARES CON PRESENCIA DE ESTERTORES CREPITANTES BIBASALES.PRECORDIO RCR SFA.

SE TRASLADA DE HGZ 50 A HGZ 1 POR ZONIFICACION, EN DONDE SE CONSIDERA DIAGNOSTICO POR NEUMONIA ATIPICA Y SE INICIA OSeltamivir, SE TOMA MUESTRA PARA INFLUENZA, EL PACIENTE PRESENTA DETERIORO RESPIRATORIO, SATURACION DE O2, 42%, SE PROCEDE A INTUBACION, PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO. SIN RESPUESTA A MANIOBRAS DE RCP AVANZADO

FALLECE EL 28/02/2017

RESULTADO DE MUESTRA PARA INFLUENZA POSITIVA , A H1N1 EL 10 03 17

ATTE

DRA Celia Pérez García